

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
586.017.322.91 Claudenir Oliveira Cardoso

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Claudenir Oliveira Cardoso	586.017.322.91		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
recolher	Rua Santarem	8	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Alto - Alegre	Rio Branco	AC	69921-278
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 68-99988-7750		

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 68-8405-2914

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 68-85918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3950

013

CONTA: 00008359

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
Vivos: Falecidos: nasceu (ainda viver)?  Vivos: Falecidos: pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*Laudenir Oliveira Cardoso*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

*Rua Branca 14 C 11-07-2019*





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024510/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/07/2019 13:29 Data/Hora Fim: 03/07/2019 13:45  
Origem: Polícia Judiciária Data: 03/07/2019  
Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional

Data/Hora do Fato: 22/06/2019 23:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Nova Estação

Logradouro: Rua ao lado do Mercado da avenida Antonia da Rocha Viana

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
21: Lesão corporal dolosa (Art. 129 Caput do CPB)	Não Houve
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: CLAUDEMIR OLIVEIRA CARDOSO (VITIMA , COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Tarauacá Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1975

Profissão: Pintor

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Filoniha Figueiredo de Oliveira

Nome do Pai: Aldeny Jose Cardoso

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.017.322-91



**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: R. Ozanete

Nº: 135

Bairro: Chico Mendes

Telefone: (68) 99905-3693 (Celular) (68) 98405-2914 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

**Grupo Veículo**

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Descrição** SUNDOWN MAS 125

**CPF/CNPJ do Proprietário** 586.017.322-91

**Placa** MZV0952

**Renavam** 00133390152

**Número do Motor** JCK8094481

**Número do Chassi** 94J2XDCK88M035067

**Ano/Modelo Fabricação** 2008/2008

**Cor** PRATA

**UF Veículo** Acre

**Município Veículo** Rio Branco



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE PÓLICIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024510/2019

Marca/Modelo SUNDOWN/MAX 125 SE

Modelo SUNDOWN/MAX 125 SE

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 27/11/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Claudenir Oliveira Cardoso

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Informa a vítima que estava pilotando sua motocicleta quando tentou desviar um buraco, e foi quando outro veículo que vinha de lado contrário acabou acertando a vítima com a lateral do veículo. Que, o autor fugiu do local não prestando socorro a vítima. Que, a vítima conseguiu ligar para um amigo e foi ate o local do acidente. Que, o amigo ligou para o SAMU. Que, o SAMU levou a vítima para o Pronto Socorro. Que, a vítima teve fratura tornozelo esquerdo, joelho esquerdo e fêmur esquerdo. Que, a polícia militar não foi no local, como também não foi confeccionado o BAT. Que, ainda segundo a vítima, não conseguiu observar que tipo de carro era e nem quem estava dirigindo.

ASSINATURAS

Francisco Gladison de Menezes Carvalho  
Agente de Polícia  
Matrícula 9089616

Responsável pelo Atestamento

Claudenir Oliveira Cardoso  
(Vítima / Comunicante)

Karlesso Nespoli Rodrigues  
Delegado de Polícia

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unico(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei nesse, conforme previsto nos Artigos 339-Demuneração Culposa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
586.017.322.91 Claudenir Oliveira Cardoso

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Claudenir Oliveira Cardoso	586.017.322.91		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
recolher	Rua Santarem	8	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Alto - Alegre	Rio Branco	AC	69921-278
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): 68-99988-7750		

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 68-8405-2914

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 68-85918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3950 CONTA: 00008359 9  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascitur (nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não  
 Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*Laudenir Oliveira Cardoso*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

*Rua Branca 14 C 11-07-2019*

2930

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650338 DATA: 23/06/2019 HORA: 00:29 USUARIO: COSMA  
CNS: 898003931896406 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## **IDENTIFICACAO DO PACIENTE**

NOME : CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO DOC.: RG235915  
 IDADE: 44 ANOS NASC: 06/03/1975 SEXO.: MASCULINO  
 ENDERECO: RUA SANTAREM NUMERO: 08  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: ALTO ALEGRE  
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...: -  
 NOME PAI/MAE: ALDENY JOSE CARDOSO /FILONILMA FIGUEIREDO OLIVEIRA  
 RESPONSAVEL: ESPOSA - WILIANE TEIXEIRA MARTINS TEL...: 32284777  
 PROCEDENCIA: ALTO ALEGRE  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [ ] mmHg PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]  
EXAM.COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

LOS CLINICOS: MIGRAÑA DURA DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1  
dura de horas, q aparece q mry se consuma, q causa dolores intensos  
q duran ms de 24 hrs (2), nandino (2) (2) mono (2)

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] **10** [MUITO INTENSA]

#### **DIAGNOSTICO:**

CID: #NP N01100 1/10/01

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<p>9 AM — 100L m</p> <p>11 DIAZONA 200 m</p> <p>11 RITMI 400 m</p> <p>11 doc aguda amiodarone 0.7 mg/mg</p>	<p><b>SAME / HUERB</b></p> <p><b>COPIA</b></p> <p><b>SAME ORIGINAL</b></p>

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

#### TRANSFERÉNCIA (UNIDADE DE SAÚDE)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ate 48hs [ ] apos 48hs

FAMILIA  IML  ANAT. PATOL.

ASGINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

FCC em Juiz de Fora, nem Fretes, nem  
Rodovias, nem aeronaves. Nem os Tremos.  
P/Sutros, Dr. Socorro ficou internado no CB



NOME DO PACIENTE								IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA										
DISCRIMINADOR								Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O <sub>2</sub> :	%	Pulso:	bpm	
	ESCALA DE DOR		0	10	18,9	17	15,6	12,4	10	100
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORARIO DA CR:			<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA			
				Tempo máximo: 3 minutos			<input type="checkbox"/> EVASÃO			
RECLASSIFICAÇÃO								Assinatura:	HORÁRIO:	

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- Medicação Via Oral – VO, com \_\_\_\_ ml de água potável;  
 Medicação Intramuscular – IM, local: \_\_\_\_\_;  
 Medicação Endovenosa – EV, puncionado em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_ com ( ) Jelco nº: \_\_\_\_ ( ) Scalp nº: \_\_\_\_;  
 Medicação sublingual;  
 Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_;  
 NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_:

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIG./NCL

00:29h DIA 01/04/2016 no setor, vítima de acidente de trânsito, no referente ao "caso de suspeita de lesões no MBD". Encaminhado para sala X - fute. opção encaminhar para cirurgia.

## CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E/OU ESGOTO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PAVIMENTAÇÃO E SANEAMENTO - DEPASA  
RUA QUINTINO BOCAIÚVA, 299 - CENTRO - CEP 69.900-070

DOCUMENTO	MEDIDOR	MES CONSUMO	CÓDIGO MÍTICO NOTA FISCAL
19795053		001.000.000.000	43 9190043 028/0020

CLÍENTE:  
61041280-9 GERALDO RODRIGUES DE SOUSA  
TRAB. SANTAREM B. ALFREDE B  
RIO BRONCO

MÉDIA DE CONSUMO	13/03/2019	000000	COMPROVANTE	MÉDIA DE CONSUMO
LEITURA ATUAL	31/01/2019	000000		
LEITURA ANTERIOR				

HISTÓRICO DE CONSUMOS FAZIDOS: JAN/2018 000015 OUT/2018 000015 JUL/2018 000015 FEB/2018 000015  
DEZ/2018 000015 SET/2018 000015 JUN/2018 000015 MAR/2018 000015 NOV/2018 000015 AGO/2018 000015 MAI/2018 000015 FEV/2018 000015

TARIFAS DE ÁGUA EM M<sup>3</sup>

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

CUSTO DE ÁGUA

27,71

COMPREV

CIÊNCIA S/A

117.11

9548

PA

HGO

DATA DE VENCIMENTO  
18/03/2019

TOTAL À PAGAR

27,71

## MENSAGEM:

ATENÇÃO: CLIENTE  
PAGUE SUA FATURA RTE A DATA DO VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE JUROS, MULTAS, E CONSEQUENTEMENTE A INCLUSÃO DE SEU NOME NOS ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO.

para cadastro débito auto: 61041280-9

Referência: 61041280-9

PARÂMETRO	PADRÃO DE POTABILIDADE Conforme a Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde	Sistema de Distribuição de Água		
		Número mínimo de amostras a serem coletadas	Número de amostras realizadas	Número de amostras fora do padrão
Cor	Máximo de 15 mg Pt-Co/L	163	163	0%
Turbidez	Máximo de 5 UNT	163	163	0%
Cloro Residual Livre	Mínimo de 0,2 mg/L Cl <sub>2</sub>	163	163	0%
Coliformes Totais	Ausência em 95% das amostras	163	163	0%
Coliformes Termotolerantes	Ausência em 100% das amostras	163	163	0%

Responsáveis técnicos pelo controle da qualidade da água:

FURBES DA SILVA BEZERRA

"O não pagamento até a data de vencimento implicará em acréscimo de 2% de multa cobrado na próxima conta e/ou de 1% ao mês e estará sujeito à suspensão do fornecimento."

DOCUMENTO 19795053	TOTAL À PAGAR 27,71	DEPASA
DATA DE VENCIMENTO 18/03/2019		
82600000000-8 27710474180-0 32019197950-1 53010412802-6		

2930

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650338 DATA: 23/06/2019 HORA: 00:29 USUARIO: COSMA  
CNS: 898003931896406 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## **IDENTIFICACAO DO PACIENTE**

NOME : CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO DOC.: RG235915  
 IDADE: 44 ANOS NASC: 06/03/1975 SEXO.: MASCULINO  
 ENDERECO: RUA SANTAREM NUMERO: 08  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: ALTO ALEGRE  
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...: -  
 NOME PAI/MAE: ALDENY JOSE CARDOSO /FILONILMA FIGUEIREDO OLIVEIRA  
 RESPONSAVEL: ESPOSA - WILIANE TEIXEIRA MARTINS TEL...: 32284777  
 PROCEDENCIA: ALTO ALEGRE  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [ ] mmHg PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [ ] SPO2 [ ]  
EXAM.COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA  
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

LOS CLINICOS: MIGRAÑA DIA DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1  
DURANTE LOS DÍAS, Y UNICO DE POCO SE CONSUME, Y CUANDO TOMO ALCOHOL  
Y TABACO SE CUMPLE @, TANDEM @ @ Y MONO @

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] **to enter: RT, ND, LO,**

#### **DIAGNOSTICO:**

CID: #NP NODATA 1/00/00

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

700700 = - 92000000 - 100000

or more of our attorneys

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

HORA DA SAIDA: :  
[ ] DESISTENCIA

1/16/2019 10:45 AM

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

*Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 1)

Wikibooks  100% free books

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees in a company.

El lunes 20 de mayo se realizó la reunión entre el Comité Ejecutivo y los representantes de la Federación de Trabajadores de la Construcción.

Rockes which observed: Werner von Trunnen.

18 - Ponto fixo, lotação da Nossa



NOME DO PACIENTE								IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA										
DISCRIMINADOR								Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O <sub>2</sub> :	%	Pulso:	bpm	
	ESCALA DE DOR		0	10	18,9	17	15,6	12,4	10	100
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR:			<input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA			
				Tempo máximo: 3 minutos			<input type="checkbox"/> EVASÃO			
RECLASSIFICAÇÃO								Assinatura:	HORÁRIO:	

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- Medicação Via Oral – VO, com \_\_\_\_ ml de água potável;  
 Medicação Intramuscular – IM, local: \_\_\_\_\_;  
 Medicação Endovenosa – EV, puncionado em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_ com ( ) Jelco nº: \_\_\_\_ ( ) Scalp nº: \_\_\_\_;  
 Medicação sublingual;  
 Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_;  
 NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

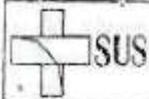
Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_:

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIG./NCL

00:29h DIA 01/04/2016 no setor, vítima de acidente de trânsito, no referente ao "caso de suspeita de lesões no MBD". Encaminhado para sala X - fute. opção encaminhar para cirurgia.



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2- CNES

3- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Vladimir Silviano Cordeiro

6- N° DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

SARL/HUERB

8- DATA DE NASCIMENTO

19/01/1980

Marc.

1

Fam.

2

9- SEXO

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

SARL/HUERB

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, N°, Bairro)

CÓPIA

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CONFORME ORIGINAL

14- COD. ICD-10 MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de colisão motociclista, com fratura direita em Tower e TNZ. E. As escavações. Dor. edema ++/+++, humor profundo gravíssimo.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx. escavação Frac

20- DIAGNÓSTICO OFICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Malleo Iônio e Malleo B.

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- N° DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Vinícius Gruber

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

32- ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE REGISTRO DO CONSELHO

33- CÓDIGO DO BILHETE

AN 2012

34- CÓDIGO DA SÉRIE

35- CÓDIGO DO EMPREGADOR

36- CÓDIGO DA EMPRESA

37- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

38- CÓDIGO DA EMPRESA

39- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

40- CÓDIGO DA EMPRESA

41- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

42- CÓDIGO DA EMPRESA

43- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

44- CÓDIGO DA EMPRESA

45- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

46- CÓDIGO DA EMPRESA

47- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

48- CÓDIGO DA EMPRESA

49- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

50- CÓDIGO DA EMPRESA

51- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

52- CÓDIGO DA EMPRESA

53- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

54- CÓDIGO DA EMPRESA

55- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

56- CÓDIGO DA EMPRESA

57- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

58- CÓDIGO DA EMPRESA

59- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

60- CÓDIGO DA EMPRESA

61- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

62- CÓDIGO DA EMPRESA

63- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

64- CÓDIGO DA EMPRESA

65- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

66- CÓDIGO DA EMPRESA

67- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

68- CÓDIGO DA EMPRESA

69- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

70- CÓDIGO DA EMPRESA

71- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

72- CÓDIGO DA EMPRESA

73- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

74- CÓDIGO DA EMPRESA

75- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

76- CÓDIGO DA EMPRESA

77- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

78- CÓDIGO DA EMPRESA

79- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

80- CÓDIGO DA EMPRESA

81- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

82- CÓDIGO DA EMPRESA

83- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

84- CÓDIGO DA EMPRESA

85- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

86- CÓDIGO DA EMPRESA

87- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

88- CÓDIGO DA EMPRESA

89- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

90- CÓDIGO DA EMPRESA

91- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

92- CÓDIGO DA EMPRESA

93- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

94- CÓDIGO DA EMPRESA

95- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

96- CÓDIGO DA EMPRESA

97- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

98- CÓDIGO DA EMPRESA

99- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

100- CÓDIGO DA EMPRESA

101- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

102- CÓDIGO DA EMPRESA

103- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

104- CÓDIGO DA EMPRESA

105- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

106- CÓDIGO DA EMPRESA

107- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

108- CÓDIGO DA EMPRESA

109- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

110- CÓDIGO DA EMPRESA

111- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

112- CÓDIGO DA EMPRESA

113- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

114- CÓDIGO DA EMPRESA

115- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

116- CÓDIGO DA EMPRESA

117- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

118- CÓDIGO DA EMPRESA

119- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

120- CÓDIGO DA EMPRESA

121- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

122- CÓDIGO DA EMPRESA

123- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

124- CÓDIGO DA EMPRESA

125- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

126- CÓDIGO DA EMPRESA

127- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

128- CÓDIGO DA EMPRESA

129- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

130- CÓDIGO DA EMPRESA

131- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

132- CÓDIGO DA EMPRESA

133- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

134- CÓDIGO DA EMPRESA

135- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

136- CÓDIGO DA EMPRESA

137- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

138- CÓDIGO DA EMPRESA

139- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

140- CÓDIGO DA EMPRESA

141- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

142- CÓDIGO DA EMPRESA

143- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

144- CÓDIGO DA EMPRESA

145- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

146- CÓDIGO DA EMPRESA

147- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

148- CÓDIGO DA EMPRESA

149- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

150- CÓDIGO DA EMPRESA

151- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

152- CÓDIGO DA EMPRESA

153- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

154- CÓDIGO DA EMPRESA

155- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

156- CÓDIGO DA EMPRESA

157- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

158- CÓDIGO DA EMPRESA

159- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

160- CÓDIGO DA EMPRESA

161- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

162- CÓDIGO DA EMPRESA

163- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

164- CÓDIGO DA EMPRESA

165- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

166- CÓDIGO DA EMPRESA

167- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

168- CÓDIGO DA EMPRESA

169- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

170- CÓDIGO DA EMPRESA

171- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

172- CÓDIGO DA EMPRESA

173- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

174- CÓDIGO DA EMPRESA

175- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

176- CÓDIGO DA EMPRESA

177- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

178- CÓDIGO DA EMPRESA

179- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

180- CÓDIGO DA EMPRESA

181- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

182- CÓDIGO DA EMPRESA

183- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

184- CÓDIGO DA EMPRESA

185- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

186- CÓDIGO DA EMPRESA

187- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

188- CÓDIGO DA EMPRESA

189- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

190- CÓDIGO DA EMPRESA

191- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

192- CÓDIGO DA EMPRESA

193- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

194- CÓDIGO DA EMPRESA

195- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

196- CÓDIGO DA EMPRESA

197- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

198- CÓDIGO DA EMPRESA

199- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

200- CÓDIGO DA EMPRESA

201- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

202- CÓDIGO DA EMPRESA

203- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

204- CÓDIGO DA EMPRESA

205- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

206- CÓDIGO DA EMPRESA

207- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

208- CÓDIGO DA EMPRESA

209- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

210- CÓDIGO DA EMPRESA

211- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

212- CÓDIGO DA EMPRESA

213- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

214- CÓDIGO DA EMPRESA

215- CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

216- CÓDIGO DA EMPRESA

217- CÓD

NOME:

IDADE: B.E.:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

DATA	EVALUAÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
23/06/19	Fratura de molde de Jávarol expandido	01 Dáta V.O linea.	09:00 -	Chocante coronar da metade inferior proteção de lado esquerdo
	Wolven 4	D - Viscinomassas R		
	C.D; intmo. 5	C. Vila Ribeiro		
	Exame de pulmão dito de um residente	07 T normais. 10 mm + 10 mm		
	Casa Mat. e Conv.	SPM. 6/6 bens		
	Respiratória 10%. 1 hora	0410 mmorol 10ms EV		
	Gram. 1000 ml. 1000 ml	Mia. da 1000 ml		
	em INZ (E)			
	A.º 4º: Den	051 York 10ms EV		
	lockwood 4º, Wolve	8/8 bens		
	is perfurado prenabado	09) Colostomy lga. EJ		
	Solução tigren 4º	C. Vila Ribeiro		
	Op.	01 Sinal Vitoria 10ms		

PROFISSIONAL  
FONTE

SAMEI HUERB  
CÓPIA  
CONFERIDA ORIGINAL

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em TNZ. Esquerda

História da Doença Atual: Tumor direito em coluna Muito X dor.

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Dor Necessita +/4t Adm Limítrof.  
por dor, Muito perfusão pulmões.

Diagnóstico Provisório:

FX de Muito Líero (E).

Diagnóstico Definitivo:

Weber B.

Motivo da Cobrança:

- 11-ALTA CURA  
12-ALTA MELHORADA  
13-ALTA INALTERADA  
14-ALTA PEDIDO  
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO  
16-ALTA ADMINISTRATIVA  
17-ALTA POR INDISCIPLINA  
18-ALTA POR EVASÃO  
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL  
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA  
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÉNCIA  
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL  
24-POR DOENÇA CRÔNICA  
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR  
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA  
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUEIATRIA  
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA  
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA  
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA  
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO  
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA  
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO  
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS  
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO  
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO  
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO  
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

SAME / HUERB  
CÓPIA

CONFORME ORIG. NAI

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERNAÇÃO  
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERNAÇÃO  
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERNAÇÃO  
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO  
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA  
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS  
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO  
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO

Paulo Henrique S. J.  
2011-06-21

**Governo do Estado do Acre**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade:

**ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

De:

Para:

Nome do paciente:

Hipótese diagnóstica:

**ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:**

22/06/19

Melhor

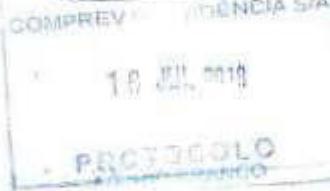
DATA:

22/06/19

Marco de Oliveira Silva  
CRM: 09866  
CRM: 09866  
Assinatura



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES



DETRAN - AC N° 012809168492

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO  
01 00135880132

59861756564

CLAUDEMIR OLIVEIRA CARDOSO

SANTA TEREZINA

CHICO PEREIRA PIROTTO

RIO BRANCO-AC 6902235

586.012.322-91

MZV0952

CLAUDEMIR OLIVEIRA CARDOSO

SANTA TEREZINA

CHICO PEREIRA PIROTTO

RIO BRANCO-AC 6902235

586.012.322-91

MZV0952

CLAUDEMIR OLIVEIRA CARDOSO

SANTA TEREZINA

CHICO PEREIRA PIROTTO

RIO BRANCO-AC 6902235

586.012.322-91

MZV0952

CLAUDEMIR OLIVEIRA CARDOSO

SANTA TEREZINA

CHICO PEREIRA PIROTTO

RIO BRANCO-AC 6902235

586.012.322-91

MZV0952

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO		Nº 012809168492	
DETAN - AC CERTIFICO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		PERÍODO 2018	
PLACA ANT/UF	CHASSI	PLACA ANT/UF	CHASSI
MZV0952 AC	9412ADCK88M035067	MZV0952 AC	9412ADCK88M035067
ESPECIE VÉHICULO		ESPECIE VÉHICULO	
PASSEIO/CICLONAS AFIADA		PASSEIO/CICLONAS AFIADA	
MARKA/MODELO	AUTOMÓVEL	MARKA/MODELO	AUTOMÓVEL
SUMÔNOMAX 125 SE	2008	SUMÔNOMAX 125 SE	2008
CAP. P/PILOT	CATEGORIA	CAP. P/PILOT	CATEGORIA
2P/0124CC/	PARTICU	2P/0124CC/	PARTICU
OPERAÇÃO		OPERAÇÃO	
PARTICU		PARTICU	
PAGOS		PAGOS	
FATAPPA		FATAPPA	
PARCELA AMERICANA		PARCELA AMERICANA	
PRAIA		PRAIA	
PREÇO PARCELA		PREÇO PARCELA	
R\$0,2		R\$185,5	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO E BEN. TRIBUTÁRIO		SEM RESERVA DE DOMÍNIO E BEN. TRIBUTÁRIO	
Assinatura		Assinatura	
RIO-BRASIL		RIO-BRASIL	
Sobre este documento consta o uso do Serviço de Detran-AC.		Sobre este documento consta o uso do Serviço de Detran-AC.	
Data: 27/11/2018		Data: 27/11/2018	

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243593/19

**Vítima:** CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

**CPF:** 586.017.322-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/06/2019

CLAUDENIR OLIVEIRA  
CARDOSO

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO : 586.017.322-91**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019  
Nome: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO  
CPF: 586.017.322-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243593/19

**Vítima:** CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

**CPF:** 586.017.322-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/06/2019

**Titular do CPF:** CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO : 586.017.322-91**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019  
Nome: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO  
CPF: 586.017.322-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

---

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

---

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA